

記入例

診療情報提供書（上部内視鏡検査依頼票）

<様式8>

申込日(西暦) 年 月 日

送付先: 予約専用
FAX: 079-451-8653

【紹介元情報】

所在地 〒

地方独立行政法人 加古川市民病院機構

加古川中央市民病院

先生

名称

診療科

医師名

TEL

FAX(必須)

Form with fields for Name (フリガナ, 氏名, 旧姓), Birth date (生年月日), Gender (男・女), Address (住所), Diagnosis (診断名), Status (現状), Mobility (移動方法), Appointment dates (予約希望日), and Contact info (TEL).

必ず記入してください

アプローチ・鎮静剤使用・生検の希望に☑を付けてください

Form for Pre-examination Confirmation (事前確認事項) and Past History Confirmation (既往歴等の確認). Includes checkboxes for approach, sedation, biopsy, and various medical conditions.

必ず記入してください

必ず記入してください

生検の希望による抗凝固剤・抗血小板剤の内服について

Table with 3 columns: Anticoagulant/Antiplatelet (抗凝固剤・抗血小板剤), Recommended for biopsy (生検を希望される方), and Not recommended for biopsy (生検を希望されない方). Rows include Warfarin (ワーファリン), DOAC, and Antiplatelet drugs (抗血小板薬).

紹介内容

(①主訴 ②既往歴 ③家族歴 ④病歴 ⑤症状 ⑥検査所見 ⑦治療経過 ⑧現在の処方 ⑨その他)
※ご記入いただくか紹介状の添付をお願いいたします。(紹介状は当日必ずご持参ください)

改訂: 2023年4月

加古川中央市民病院 予約専用 FAX: 079-451-8653 TEL: 079-451-8651

予約受付時間は平日 月～金 9:00～18:00(木曜日は17:00)です。これ以降のお申し込みにつきましては、翌業務日以降のお返事となります。
FAXは24時間受付しておりますが、業務時間外のお申し込みにつきましては、翌業務日以降のお返事となります。